

Сафина М.Р., Кубасова Н.К.,
Тришина А.М., Минькова Т.

КОМБИНИРОВАННЫЕ ХИРУРГИЧЕСКИЕ ВМЕШАТЕЛЬСТВА ПРИ ГЕНИТАЛЬНЫХ ИНФЕКЦИЯХ С ВОВЛЕЧЕНИЕМ КИШЕЧНИКА

/ Минск /

По данным городской гинекологической больницы г.Минска за 1992-1996 г.г. проведен ретроспективный анализ комбинированных хирургических вмешательств на внутренних половых органах и кишечнике при плановых гинекологических операциях.

Из общего количества 161 прооперированных 69 пациенткам (42,9%) понадобилось участие хирурга в связи с выявленной патологией желудочно-кишечного тракта или иной абдоминальной патологией. У 52 больных обнаружены заболевания кишечника, а у 17 — в дополнение к генитальной патологии, грыжи белой линии живота или пупочные. У всех из них ведущим клиническим симптомом была хроническая боль, что определило целесообразность одномоментного комбинированного вмешательства.

В дальнейшем анализ проводился среди 52 больных с интраоперационно выявленной патологией кишечника, у которых основной генитальной патологией были сальпингоофорит с образованием tuboовариального абсцесса (у 16 больных или 30,8%), воспалительные заболевания органов таза (ВЗОТ) на фоне метроэндометрита и наличии ВМС (13,5%), эндометриодные кисты с/без нагноения (41,5%). Сопутствующая миома матки имела у 27% оперированных.

Все заболевания ЖКТ выявлены в ходе операции. В качестве основной патологии, протекающей под «маской» ВЗОТ, у 6 больных были опухоли сигмовидной кишки (11,5%), в 17,3% выявлен аппендицит первичный (у 3) и вторичный (у 6 больных). Спаечная кишечная непроходимость осложнила течение ВЗОТ у 2 больных (3,8%), разлитой перитонит — у 6 (11,5%), пельвиоперитонит — у 18 (35%), тазовый абсцесс — у 20 (38,5%) больных. У всех этих больных сформировался выраженный спаечный процесс как в малом тазу (48%), так и брюшной полости (73%) или было их сочетание.

Возрастной состав: 20-29 — 11 больных 30-39 — 18, 40-49 — 21, 50 лет и старше — 2.

Основной жалобой у всех больных были боли внизу живота, у 42 из них (80,8%) в виде хронического болевого синдрома на протяжении длительного времени: в течение 1 месяца — у 20 (47,6%), 1-3 месяца — 12 (28,6%), 3-6 месяцев — 9 (21,4%) и 1 — свыше полугода.

У 43,7% больных в те же сроки были нарушения менструальной функции. У каждой пятой женщины в прошлом были операции по поводу

кисты яичника (у 6), внематочной беременности (3) или хирургической патологии (1), что затрудняло диагностику.

Микробиологические исследования позволили идентифицировать в качестве возбудителя кишечную палочку и другие грам-негативные бактерии в 30% случаев, стафилококки — 31%, стрептококки — 15% и единичных случаях — гонококки. Хотя в 23% случаев роста микроорганизмов, культивируемых в аэробных условиях не было, микроскопия того же материала обнаруживала полиморфные микроорганизмы, которые свидетельствуют об участии анаэробных возбудителей.

Согласно данным литературы, роль анаэробной флоры при формировании внутрибрюшных абсцессов является ведущей. В эксперименте на животных показана двухфазная модель течения перитонита: инициальным патогенным агентом являются *E.coli* и другие грам-негативные бактерии, в то время как анаэробы выявляются в последующей фазе формирования абсцесса (Barbett et al, 1978).

Таким образом, полученные данные свидетельствуют о том, что у 38% больных тазовые абсцессы являются следствием отграничения пельвиоперитонита в результате позднего обращения и диагностики ВЗОТ и неадекватной антибиотикотерапии. Дооперационное (амбулаторное и стационарное) лечение проводилось антибиотиками широкого спектра действия или их комбинациями у 41% больных: цефалексин (23%), гентамицин (34%), ампициллин (21%), доксициклин (7%), клиндамицин (15%). Недостаточно широкое использование антианаэробных препаратов в составе стартовых схем лечения могло способствовать абсцедированию при ВЗОТ и повлекло оперативное лечение: экстирпацию матки с трубами у 44%, надвлагалищную ампутацию с трубами — 21%, удаление придатков матки — 21%, в сочетании аппендэктомией — 20%. 6 больных с опухолью сигмы направлены в онкодиспансер.

Учитывая наличие первичной патологии кишечника у 15 (28,8%) больных, необходимо более широкое и раннее исследование кишечника (ирригоскопия, колоноскопия и др.) или диагностическая лапароскопия у больных с хроническими тазовыми болями, хроническими ВЗОТ при наличии tuboовариальных опухолей и других неясных объемных образований в малом тазу.